№ 7 WARSZAWA, LIPIEC 1935 ROK VII

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— Numer pojedynczy Zł. 1.—

№ 7. WARSZAWA, LIPIEC 1935 ROK VII

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. M. FERBER (Lwów).

ZAWROTY GŁOWY I ICH LECZENIE.

Zawrotem głowy nazywamy ten stan świadomości, przy którym chory odczuwa obrót swego ciała, lub conajmniej głowy. Stan ten jest stale połączony z pewnem zaburzeniem równowagi ciała. Element psychiczny stanowi jądro wrażeń przy zawrotach głowy, dlatego odczuwane wrażenia mogą się objawiać w różnoraki sposób. W czasie napadu występuje niepewność przy staniu lub chodzeniu tak, że chory chwyta się najbliższych przedmiotów, szukając stałego oparcia. To zaburzenie równowagi objawia się jako unoszenie się, ciągnienie na jedną stronę, pchanie lub upadanie ku przodowi lub ku tyłowi, zapadanie się, chwianie podstawy (podłogi). Chorzy leżący odczuwają kołysanie łóżka lub doznają wrażenia wypadania z niego.

Do tych wrażeń przyłącza się też, przy otwartych oczach chorego, wrażenie rzekomych obrotów przedmiotów otoczenia.

W czasie napadu obserwujemy u chorych oczopląs. Odczuwane obroty ciała dookoła swej osi mają kierunek przeciwny do kierunku oczopląsu (powolna komponenta), podczas gdy rzekome obroty przedmiotów otoczenia odbywają się w kierunku oczopląsu (szybka komponenta). Chory jest niezdolny w czasie napadu zawrotu głowy ani do stania, ani do siedzenia. Leży on przeważnie nieruchomo z przymkniętemi oczami, w obawie powtórzenia się napadu.

Do tych wrażeń podmiotowych przyłączają się często nudności, wymioty, osłabienie i omdlenie. Twarz chorego w czasie napadu jest blada lub zaczerwieniona. Występują poty, czasem biegunki. Omdlenia, nudności, osłabienie, „czarno przed oczami", podawane przez chorych

jako rzekome zawroty głowy, nie mają nic wspólnego z napadami zawrotów głowy, przy których występują wyżej opisane objawy.

Zawroty głowy są następstwem podrażnienia lub toczących się zmian chorobowych w aparacie przedsionkowym w szerokim jego zasięgu. Każde podrażnienie nerwu przedsionkowego wzdłuż całego jego przebiegu może wywołać zawrót głowy.

Przebieg nerwu przedsionkowego.

Zwój przedsionkowy, który jest włączony w przebiegu korzonka n. przedsionkowego wysyła wypustki komórkowe obwodowe i dośrodkowe. Wypustki obwodowe idą do plamki słuchowej, woreczka, łagiewki i grzebieni baniek kanałów półkolistych. Wypustki dośrodkowe tworzą korzonek przyśrodkowy, względnie przedsionkowy, który wchodzi na granicy między mostem a rdzeniem przedłużonym do mostu. Stąd biegnie do bocznego kąta dołu równoległobocznego, dzieląc się na krótsze gałązki wstępujące i dłuższe zstępujące. Gałązki wstępujące wchodzą do jądra n. przedsionkowego górnego, zaś zstępujące wchodzą do jądra Deitera.

Z jądra n .przeds. gór. biegną walce osiowe przez środkowy odcinek dolnej odnogi móżdżka do okolicy centralnych jąder móżdżka, przedewszystkiem do jądra krągłego (nucleus globosus) i jądra śladowego (nucleus fastigii).

Z jądra Deitera biegną z jednej strony dośrodkowo pod komorą do tylnej wiązki podłużnej, częściowo tej samej, częściowo przeciwnej strony i łączą się z jądrami mięśni gałki ocznej i innych motorycznych nerwów mózgowych. Z drugiej strony tworzą pasmo zstępujące mózgowo-rdzeniowe (tractus vestibulo-spinalis Loewenthal).

Pomijając *zapalenie błędnika,* mamy cały szereg chorób, w których przebiegu może przyjść do zawrotów głowy, przez zaatakowanie aparatu przedsionkowego w każdem miejscu jego tak szerokiego zasięgu. Do zaburzeń w aparacie przedsionkowym przychodzi z rozmaitych przyczyn.

Najczęściej występują zawroty głowy w przebiegu następujących chorób:

Zespół objawów Meniéra.
(Choroba Meniéra).

Pod zespołem objawów Meniéra względnie chorobą Meniéra, rozumiemy schorzenie występujące u pewnych osobników okresowo, a objawiające się zawrotami głowy i zaburzeniem równowagi ciała, które może wystąpić pod każdą postacią jak to wyżej opisano. W czasie napadu słuch ulega zwykle pogorszeniu, czasem jednak polepszeniu, aby w czasie wolnym od napadu wrócić do normy. Napady mogą być

lekkie i trwać tylko minuty, przyczem słuch jest niezmieniony, albo też ciężkie, wtedy trwają do ½ godziny. Napad ciężki występuje nagle. Towarzyszy mu silny szum w uszach, zawroty głowy, omdlenie, nudności i wymioty. Z powodu równocześnie występującego zaburzenia równowagi ciała chorzy upadają zwykle ku przodowi lub na bok. U znacznej części chorych cierpiących na objawy menierowskie stwierdzić można zaburzenia, albo w układzie nerwowym centralnym, albo też obwodowym. Zaliczamy do nich zaburzenia pamięci, depresje psychiczne, bezsenność, przemęczenie nawet po nieznacznych wysiłkach, przykurcze i parestezje palców, niekiedy też porażenia nerwu twarzowego i odwodzącego. Dalej zaburzenia naczynioruchowe, objawiające się w obrzękach podudzi, nawałach, wazomotorycznym nieżycie nosa, zaburzeniach żołądkowo-jelitowych, oligurji.

Na skutek zmian naczynioruchowych przychodzi do zaburzeń w regulacji wodnej ustroju, następstwem czego jest nadmierne nagromadzenie się płynów tkankowych, specjalnie zaś w uchu wewnętrznem. Dlatego też napady występują często nad ranem, ponieważ płyn tkankowy uwarunkowany podziałem hydrostatycznym, skutkiem poziomego położenia, nagromadził się przez noc w głowie.

Inni tłumaczą wystąpienie napadów perjodycznem wzmożeniem ciśnienia płynów w uchu wewnętrznem (Hypertensio auris int. intermittens).

Wittmaack wykazał histologicznie (u chorego, u którego za życia stwierdził chorobę Meniéra) kamień w ślimaku. Napady tłumaczy on zaczopywaniem przewodów, przez co prąd perilimfatyczny idący w kierunku opon doznaje przeszkody.

Badanie Föllnerówny przemawiałoby za tem, że zespół objawów menierowskich powstaje na tle zaburzeń naczynioruchowych. Przy pomocy metody mikroskopowo-kapilarnej stwierdziła, że naczynia włosowate wykazują spastyczne zwężenia, zgięcia kolankowate, rozszerzenia miejscowe, aż do drobnych tętniaków. Ściany tych naczyń wykazują znaczną przepuszczalność. Szybkość prądu krwi jest albo znaczna, albo równa zeru.

O istocie tej choroby nie wiele jeszcze wiemy.

Etjologja może być rozmaita:

Zaburzenia naczynioruchowe, zaburzenia regulacji wodnej ustroju, angiospasmus, zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu (jajniki) niedokrewność, choroby zakaźne, alkohol, siedzący tryb życia, nadmierne przemęczenie umysłowe, nadmierne picie wody.

Zaburzenia naczynioruchowe odgrywają również wybitną rolę *w okresie przekwitania,* a przyczyną tych zaburzeń jest wypadnięcie czynności jajników, jako gruczołów dokrewnych. Na karb zaburzeń

naczynioruchowych należy zaliczyć bóle i zawroty głowy, nawały i poty, tak często spotykane w klimakterium poza innymi objawami.

Podwyższone ciśnienie krwi prowadzi do szeregu zaburzeń w układzie nerwowym centralnym. Do nich zaliczamy ból głowy, zawroty głowy w nietypowej formie lub połączone z nudnościami i wymiotami, porażenia połowiczne, zapady i inne objawy mózgowe w zależności od zaatakowanego miejsca W odróżnieniu od zmian organicznych zaburzenia te trwają tylko kilka godzin do 1—2 dni. Przyczyną tych zaburzeń jest wedle badań Bergmanna i Westphala angiospasmus. Do skurczów naczyniowych są predysponowane większe naczynia, których ściany wykazują większe napięcie, jeśli są np. miażdżycowo zmienione. Jednak i tętnice, których ściany żadnych zmian nie wykazują, mogą także ulec zaburzeniom angiospastycznym

Zastój żylny.

Tumory szyi i śródpiersia uciskające duże naczynia żylne wywołują zastój w żyłach mózgowych, w następstwie czego przychodzi do bólów i zawrotów głowy.

Miażdżyca tętnic mózgowych

powoduje silny szum w uszach, postępujący niedosłuch, ból głowy, zaburzenia pamięci, i zawroty głowy. Przy obecności ostatnich trzech objawów jest rozpoznanie tego schorzenia prawie pewne. (Stein).

Skaza krwotoczna.

W przebiegu skaz krwotocznych spotykamy się z wynaczynieniem krwi do tkanki mózgowej. Jeśli wynaczynienie nastąpi w miejscu przebiegu n. przedsionkowego występują zawroty głowy i zaburzenia równowagi ciała. Ze skaz, przy których najczęściej objawy te spotykamy należy wymienić: morbus maculosus Werlhofi, aleukia haemorrhagica, morbus Schönlein - Henoch. Podczas gdy dwa pierwsze schorzenia występują na tle trombopenji, to przyczyną choroby Schönlein - Henocha jest toksykoza kapilarna, która powoduje uszkodzenia ścian naczyń włosowatych, skutkiem czego przychodzi do wybroczyn.

Dalej ostra białaczka przy której skazy krwotoczne bardzo szybko występują i białaczka przewlekła, gdzie skaza występuje dopiero w końcowym okresie choroby Przy białaczce przewlekłej mogą nacieki w uchu wewn. wywołać kampleks objawów Meniera.

Kiła wrodzona i nabyta.

Kiła wrodzona powoduje często szumy w uszach, zawroty głowy, przytępienie słuchu, aż do zupełnej głuchoty. Najczęściej występują te

objawy u osobników młodych między 8—20 r. życia. Badanie otologiczne (reakcja obrotowa, cieplikowa, objaw przetoki Henneberta, skrócenie przewodnictwa kostnego) odczyn Wassermana z krwią i płynem mózgowo-rdzeniowym ułatwiają rozpoznanie.

Częste skargi na bóle i zawroty głowy słyszymy u chorych z mesaortitis luetica Odczyn Wassermana z krwią jest często ujemny. Decydujący jest rentgen, który wykazuje rozstrzeń aorty wstępującej.

Choroby zakaźne.

W przebiegu chorób zakaźnych stwierdzamy często zawroty głowy, szum w uszach i przytępienie słuchu, przy braku zmian w uchu środkowem lub zapalenia opon mózgowych. Objawy powyższe występują w szczególności w przebiegu duru, płonicy, odry, błonicy, grypy i szybko postępującej gruźlicy.

Zapalenie toksyczne nerwu słuchowego.

Pewne trucizny mają prawie wybiorcze działanie na nerw słuchowy. Do nich należą chinina (już w dawkach używanych przy leczeniu zimnicy), salicylaty (w dużych dawkach), alkohol, nikotyna, ołów, rtęć, arsen i jego pochodne, fosfor, jodek potasu i tlenek węgla (czad). Dalej zatrucie mięsem, rybą lub serem. Trucizny te powodują szum w uszach, przytępienie słuchu, bóle i zawroty głowy, które prawie regularnie występują.

Po przerwaniu podawania chininy i solicylatów objawy te zwykle ustępują po pewnym czasie.

Po zatruciach przewlekłych pozostają jednak często trwałe zmiany w obrębie nerwu słuchowego.

Doświadczenia Wittmaacka i Hinsberga na zwierzętach wykazały, że trucizny powyższe wywołują uszkodzenie nerwu słuchowego. Charakterystyczną cechą zatrucia tlenkiem węgla są zawroty głowy występujące rano w czasie wstawania z łóżka i przy patrzeniu do góry. (Löwy).

Za toksykozę endogenną uważamy również objawy, jakie występują u osobników

z pasożytami jelit,

jak osłabienie, bladość twarzy, przemęczenie, niechęć do pracy, bóle głowy często w formie migreny, zawroty głowy, szum w uszach, skłonność do omdlewań, ślinotok, bicie serca, drgawki.

Jeżeli nie wszystkie powyższe objawy dają się wytłómaczyć jako następstwo pasożytów jelitowych, to przecież przeważna ich część zostaje wywołana przez resorbcję jadów, wydzielanych przez te pasożyty.

wywołują w zależności od ich umiejscowienia cały szereg objawów.

Nowotwory płatów czołowych wywołują bezład ruchowy, niedosłuch, szum w uszach, a dopiero w późniejszym okresie rozwoju zawroty głowy.

Nowotwory tylnej jamy czaszkowej, wychodzące z kąta mosto-móżdżkowego, móżdżka, rdzenia przedłużonego i trzonu mózgowego wywołują szum w uszach (silniejszy przy leżeniu) nawet w uchu głuchem, bóle i zawroty głowy, wymioty, oczopląs, odchylenia przy chodzeniu i upadanie na stronę chorą.

Z nowotworów najczęściej spotykamy w mózgu mięsaki i glejaki. W kącie mosto-móżdżkowym neurofibroma, glejaki, mięsaki i śródbłoniaki. Prócz nowotworów mogą podobne objawy wywołać gruzełki gruźlicze najczęściej spotykane u dzieci, a u starszych torbiele i kilaki. Również przerzutowe guzy mózgowe z płuc (20%) i sutków (15%) wywołują objawy móżdżkowe i błędnikowe, wymioty, bóle i zawroty głowy.

Padaczka.

Podczas aura epileptica występują zaburzenia równowagi i zawroty głowy, poprzedzając utratę przytomności. Zawroty głowy występują tu nagle i są krótkotrwałe.

W przebiegu

jamistości rdzenia

spotykamy oczopląs i zawroty głowy, które występują bądźto napadowo, bądźteż są trwałe.

Leidler przyjmuje za przyczynę tych objawów zniszczenie ogonowego odcinka rdzeniowego korzonka n. przedsionkowego i od niego idących włókien do wiązki podłużnej. Również napady apoplektyczne w przebiegu jamistości rdzenia są połączone z intenzywnemi zawrotami głowy.

Stwardnienie rozsiane.

Typowem dla tego schorzenia są zawroty głowy, łatwo dające się wywołać przy ruchach głowy ku tyłowi i trias Charcota: drżenie zamiarowe, skandowana mowa, oczopląs.

Zapalenie opon mózgowych

wywołuje nudności, wymioty i zawroty głowy przy zmianie położenia lub podnoszeniu się.

Encephalitis gripposa

prowadzi do powstawania ognisk krwotocznych z nekrozą ścian naczyń krwionośnych, do ogniskowego rozmiękczenia substancji mózgowej, na-

wet do utworzenia się ropni, które niszczą różne części mózgu przez co przychodzi do wypadnięcia pewnych czynności i skutkiem obrzęku okolicznych części do objawów podrażnienia.

Zakrzep lub zator tętnicy móżdżkowej tylnej dolnej

wywołuje prócz zawrotów głowy, ptosis, myosis i enophtalmus (trias Hornera) znieczulenie n. III po stronie chorej, zaś po stronie zdrowej dla bólu i ciepłoty, jakoteż porażenie n. powrotnego po stronie chorej.

Na tle zakrzepu lub zatoru naczyń mózgowych przychodzi do

ogniskowego rozmiękczenia substancji mózgowej.

Wybiorczem miejscem powstawania zakrzepów w mózgu są duże naczynia podstawy mózgu, art. fossae Sylvii, a. carotis int, a. basilaris. Zatory zaś powstają w tych przedewszystkiem naczyniach, które mają prosty przebieg z serca do mózgu. Najczęściej powstają zatory w tętnicy mózgowej środkowej lewej.

Prócz wyżej opisanych zawrotów, które przeważnie występują napadowo, znamy formę trwałą

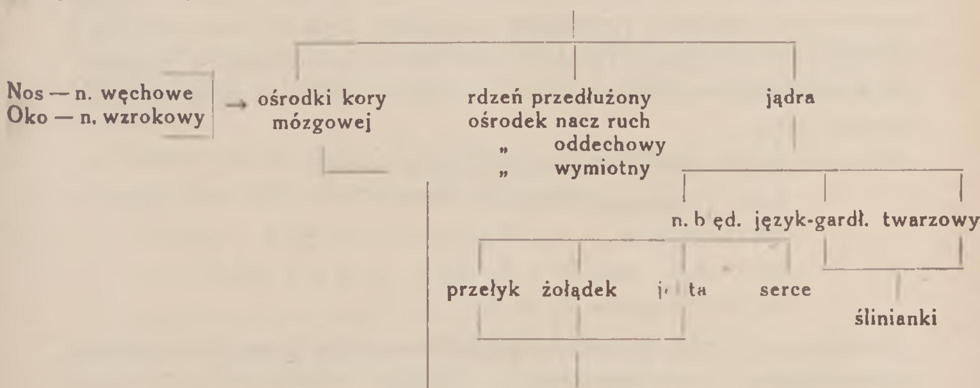
vertigo permanens.

Choroba ta występuje przeważnie u neurasteników. Pierwszy napad następuje z pełnego zdrowia i niczem nie różni się od uprzednio opisanych zawrotów. Następne napady pojawiają się okresowo. Narząd słuchowy do późnego wieku żadnych zmian nie wykazuje. Ciemność wzmaga zawroty, podczas gdy jazda koleją, wozem, konna, na rowerze zmniejsza zawroty. Moment psychiczny stanowi jądro tego schorzenia. Możliwe, że istnieją jakieś zmiany wzdłuż przebiegu n. przedsionkowego. Rokowanie co do życia dobre.

S c h e m a t patogenezy, objawów i leczenia kompleksu nudności i zawrotów głowy (wedle Starkensteina).

1. P a t o g e n e z a.

Łuki półkoliste błędnika → N. przedsionkowe → Jądra n. przedsionkowego



2. O b j a w y.

1. Podraż. ośr. kory mózgowej	2. Rdzeń przedłużony	3. Podraż. n. błędnego
zawroty głowy	bladość	skłonność do wymiotów
uczucie lęku, wstrętu, niechęci	głębokie wdechy	wymioty
	wymioty	biegunki

4. N. język-gardł.
n. twarzowy (chorda)
ślinotok

L e c z e n i e.

Sedativa - Hypnotica	Scopolamina - Hyoscyamina		Atropina
	Alcohol. Veronal	Aëromarin	

Leczenie.

Przy leczeniu zawrotów głowy należy przedewszystkiem uwzględnić przyczynę ich powstania a następnie przeciwdziałać towarzyszącym im objawom. Naturalnie, że w czasie ataku będziemy się starali jak najszybciej usunąć zawroty i bóle głowy, wymioty etc., zostawiając leczenie przyczynowe na okres wolny od napadów.

W przebiegu choroby Menièra wzgl. napadu objawów M. należy chorego *w czasie ataku* położyć do łóżka, pokój musi być przyćmiony, zabronić wszelkich ruchów, ułożyć na ten bok, na którym chory najlepiej się czuje. Bezwzględny spokój. Podskórnie atropinę 0,0005—0,001, nigdy morfiny. *Przeciw wymiotom* podajemy wodę chloroformową (Aquae dest. 150,0 chloroformii gtt X), co godzinę łyżkę stołową.

Ponieważ przyjmowanie doustnie leków jest wtedy bardzo utrudnione, lepiej jest podawać środki przeciwwymiotne w formie czopków. Do tego celu najlepiej nadają się hyoscyamina (zamiast atropiny) i skopolamina. Alkaloidy te działają na system nerwowy parasympatyczny, specjalnie porażająco na n. błędny, przyczem skopolamina przeciwdziała podrażniającemu działaniu hyoscyaminy na układ centralny i działa uspakajająco względnie porażająco na ośrodki ruchowe kory mózgowej usuwając zawroty głowy. Działanie tych leków podawanych w czopkach jest znacznie szybsze niż przy użyciu doustnem. Po 1—2 godz. wymioty zupełnie ustają.

Rp. Scopolamini hydrobrom. 0.00025—0,0005
Extr. Hyoscyami 0,05—0,1
Ol. Cacao q. s.
M. f. supp. anal. D. t. d. Nr. V
S : 2—3 czopków dziennie.

Po 1 — 2 godz. występuje suchość jamy ustnej i gardła (porażenie parasympatyczne), często zupełnie przez chorych nieodczuwane. U bardzo

czułych chorych występuje przejściowo rozszerzenie źrenic (mydriasis) i lekkie zaburzenie wzrokowe, skutkiem porażenia akkomodacji.

Oba wymienione alkaloidy zawiera preparat Aëromarin „Klawe“ w tabletkach (oryginalne pudełko zawiera 4 tabletki).

Również tabletki te należy zapisywać w czopkach (1—2 tabletki na czopek), gdyż w przeciwnym razie podawanie może być bez efektu, jeśli wymioty powtórzą się zanim nastąpi resorbcja lekarstwa. Należy się również liczyć z niechęcią chorego do doustnego przyjmowania leków ,w obawie przed powtórzeniem się wymiotów.

Dobrze działają też preparaty bromowe Sedalgon „Klawe“, dalej Gardenal „Spiess“ po 1 — 2 tabl. w czopku.

Erben radzi podawać 3 g bromu naraz w cukrzonej wodzie i wypić w ciągu 5 minut. Gdy po tygodniu niema poprawy 4 — 5 g. Gdy wystąpią objawy bromizmu dużo soli kuchennej i środki napotne (nigdy salicylaty). Zamiast bromu można dać w dzień 2 x po 0,05 Acid. aethylophenylo-barbit. (luminal) wieczorami zaś 0,1.

Po ustąpieniu wymiotów podajemy dłuższy czas Intr. Nymphaeae 20 — 40 kr. kilka razy dziennie.

W interwale przeprowadzamy leczenie przyczynowe.

W stanach *angiospastycznych* podajemy doustnie — Pepticol 3 x dz. po 1—2 łyż. kaw., dalej Acecoline „Nasierowski“ (chlorek acetylcholiny) w injekcjach podskórnych, lub domięśniowych po 0,1 (na 5 ccm. wody destylowanej) przez 12 dni w miesiącu.

Przy zaburzeniach *w regulacji wodnej ustroju* środki moczopędne w formie zastrzyków jak Dehydrit „Klawe“, Novurit „Chinoin“ (w małych dawkach, by nie wywołać krwiomoczu). Powyższe preparaty rtęciowe są przeciwwskazane przy niewydolności nerkowej lub wątrobowej, przy wyniszczeniu, nieżycie jelit i ciężkiej niedomodze serca.

Djeta małasolna, bezmięsna (Much) uboga w płyny.

Przeciw zaparciu sól karlsbadzka.

Zabronić wszelkich wysiłków fizycznych i umysłowych, emocji, hałasu.

Przy zaburzeniach *w wewnętrznem wydzielaniu jajników,* preparaty jajnikowe — Ovaria, Oestrin, Ovaroestrin „Klawe“ w tabletkach lub injekcjach.

Dalej Chinini sulfur 0,1 (ewent z dodatkiem perparyny 0,04) w pigułkach wedle następującego schematu;

Przez 3 — 4 dni 3 x dz. po 1 pig.

Przez 3 dni 3 x dz. po 2 pig.

Przez 3 dni 4 x dz. po 2 pig.

poczem 3 dni pauza. W razie braku poprawy jeszcze 1—3 razy powtórzyć. W przewlekłych i cięższych przypadkach 1—2 pigułki dziennie

jako stałe dawki. Z gotowych preparatów Chininophytina „Ciba“ w dawkach j. wyżej.

Z początku występuje szum w uszach, który jednak jest tylko przejściowy. Pozatem chinina nie daje żadnych ujemnych objawów. Chinina działa najprawdopodobniej na wazomotory.

Dobrze działają też zastrzyki wapniowe co 2-gi dzień po 10 ccm.

Przy sympatykotonji wstrzykiwania podskórne 1% pilokarpiny. Zacząć od 0,2 ccm. potem ½—1 ccm. co drugi dzień, tylko u silnych pacjentów i to w łóżku, poczem dobrze okryć. Takich 12—24 wstrzykiwań. Podwyższone ciśnienie, niedomoga serca, ciąża, cukrzyca, miesiączka, krótki czas po jedzeniu, stanowią przeciwwskazania do wstrzykiwań pilokarpiny. Gdy mimo to wystąpią bóle głowy lub wymioty, więcej nie dawać.

U słabych i starszych chorych wywołać poty przez kąpiele, ciepłe okrycie. Nigdy nie dawać salicylatów, tylko Species diaphoreticae 1 łyż. kaw. zaparzyć na szkl. wody. Infus. fol. Jaborandi e 3 — 5,0/150,0.

U wagotoników atropina, preparaty wapniowe. Stwierdzić czy niema nadkwasoty lub wrzodu żołądka i skierować leczenie w tym kierunku.

W okresie przekwitania: Multihorm fem. 2 — 3 x dz. po 1 tabl. Ovaria 3 — 6 tabl. dz. przez czas dłuższy.

Przy podwyższonem ciśnieniu krwi upust krwi 200—300 ccm. i preparaty bromowe lepiej działają, aniżeli nitryty. Środki moczopędne i jod. Jod podawać w 6 tygodniowych okresach leczniczych. Przy objawach mózgowych Rhodapurin 0,1 dziennie. Dobre działanie wywiera Hypotan — zawierający w 1 tabletce: bromek metylacetylcholiny i bromocholiny po 5 mg i wodan chloralu 5 ctg. Hypotan podaje się 4 — 6 tabl. dziennie przed jedzeniem, przez okres 2 tygodni w miesiącu. Działanie Hypotanu jest silniejsze przy równoczesnem wstrzykiwaniu Acècoliny po 0,1 przez 12 dni w miesiącu. Jako nowy środek zapobiegawczy przeciw objawom poprzedzającym apopleksję mózgu przy miażdżycy z wysokiem ciśnieniem krwi, zawrotami głowy, drżeniem jednostronnem kończyny zalecają Colella i Pizzillo autohemoterapję, która ich zdaniem może zapobiec udarowi, a w każdym razie obniża ciśnienie śródczaszkowe, przez co powyższe objawy mogą się cofnąć. 25 — 30 ccm. krwi pobranej strzykawką, którą poprzednio napełnia się 25% roztw. cytr. sodowego, aby pobrana krew nie skrzepła, natychmiast wstrzykuje się głęboko w mięśnie pośladkowe.

Przy zaburzeniach naczynioruchowych

Rp. Amidopyrini 0,3 lub Perparini 0,03
Coffeini n. b. 0.1 Amidopyr. 0.1
Coffeini 0.05

1 — 3 proszków dziennie.
Dalej cukier dożylnie.

Przy *ostrem zapaleniu n. słuchowego* środki napotne ewentualnie pilokarpinę w dawkach jak wyżej podano, jednak nigdy salicylaty. —

Przy *przewlekłych zapaleniach nerwu słuchowego* wakcyneurynę wszystkie 3 serje lub Yochinol-Casein „Klawe“ wpierw słaby, potem mocny, w końcu znowu słaby. Przy *skazach krwotocznych* z powodu awitaminozy (brak witaminy C) Cebion „Merck“ lub Redoxon „Roche“ zawierające witaminę C, dają też dobre wyniki przy krwawiączce. Przy trombopenji Calcium gluconatum dożylnie. Przelewanie krwi 250-500 ccm. co 5 — 7 dni, zależnie od ciężkości przypadku. W ciężkich nawet ekstyrpacja śledziony.

Przy skazach z powodu toksykozy kapilarnej Amidopirynę 0.3, 4 x dz. która wedle Eppingera działa uszczelniająco na ściany naczyń włosowatych.

Zapobiegawczo przy wszystkich sprawach wywołujących zawroty głowy, należy uregulować stolec, zabronić alkoholu i nikotyny. Unikać przemęczenia i nie wykonywać szybkich obrotów głowy. Chorego należy uspokoić, gdyż obawa przed powtórzeniem się ataków wywołuje często agaraphobię. —

P i ś m i e n n i c t w o :

Alexander: Mittlg. d. V. G. A. Nr. 8 —1930
Bergmann: Neue d. Kl. T. III
Bruck: Ztschr. f. ä. Frtb. Nr. 15 — 1930
Colella i Pizzillo: W. kl. Wschr. Nr. 13 — 1935
Curschmann: Ztschr. f. ä. Frtb. 1931
Tenże: Kl. Wschr. Nr. 20 — 1928
Denker — Albrecht: Lehrbuch 1925
Denker — Kahler: Handbuch T: VI —VII.
Erben: Sonderblatt d. W. kl. Wschr. Nr. 20 — 1927
Föllner: Ztrbl f. H. N. O. Bd. 20 H 4
Frank: N. d. Kl. T. IV — 395
Guttich — Frenzel: N. d. Kl. T VIII — 440
Hillebrand: M. m W. Nr. 30 — 1930
Klingelhöffer: Therap. Berichte Nr. 1 — 1935
Körösi: Med. Welt. Nr. 33 — 34 — 1932
Koch: Med. Kl. Nr. 10 — 1933
Leidler: W. kl. Wschr. Nr. 44 — 1932
Lampè: M. m. Wsch. Nr. 38 — 1930
Löwy: M. m. Wschr. Nr. 4 — 1926
Tenże: Ztrbl. F. H. N. O. Bd. 14 — 1926
Mygind i Dederding: Syndrom Meniera
(ref. W. m. Wschr. Nr. 49 — 1934)

Tenże: Fol. Oto. Lar. Bd. 35 Nr. 5 — 6
Much: Kl. Wschr. Nr. 11 — 1930
Nathorff: N. d. Kl. T. II — 22
Rauber — Kopsch: Lehrbuch T. V — VI
Ruttin: W. kl. Wschr. Nr. 29 — 1931
Starkenstein: N. d Kl. T. IX — 668
Wolner: Pol. Prz. Oto — lar. T. VIII. Z. 3 — 4

Dr. Med. KAZIMIERZ CYTRONBERG (Warszawa).

CAPILLINA — PREPARAT KRAJOWY PRZECIW TŁUSTEMU ŁUPIEŻOWI GŁOWY.

Tłusty łupież głowy jest wyrazem cierpienia łojotokowego (Seborrhoea), które występuje jako podłoże całego szeregu schorzeń skórnych, mniej lub więcej dla chorego dotkliwych i lepiej czy gorzej poddających się leczeniu dermatologicznemu. Nowsze poglądy doszukują się związku pomiędzy łojotokiem a gruźlicą, zalecając nawet szukanie ognisk gruźliczych w każdym wypadku łojotoku głowy i twarzy. R. Bernhardt oblicza częstość gruźlicy, jako momentu chorobotwórczego przy łojotoku, na 52%.

W każdym wypadku stwierdzonego łojotoku, choćby występującego głównie w postaci łupieżu tłustego głowy, istnieje wyraźne wskazanie do wkroczenia leczniczego. Jeśli zaś dochodzi do schorzeń skórnych na podłożu seborrheicznym, — cierpienie podstawowe — łojotok i, jako jeden z jego objawów, łupież głowy również leczyć należy (Sabouraud).

Dotychczas nie jesteśmy w posiadaniu leku, który byłby w stanie zapobiec na czas długi tworzeniu się łupieżu. Atropina oddziaływująca hamująco i porażająco na układ parasympatyczny, nie wywiera przecież żadnego wpływu na gruczoły łojowe. Rozporządzamy natomiast całą masą, tak czy inaczej, urozmaiconych przepisów na środki, usuwające łupież przy stałem ich używaniu zewnętrznem. Podstawą tych leków są przetwory, rozpuszczające tłuszcz, jak alkohol, eter, benzyna, emulgujące tłuszcze, jak mydła, i wsysające je, jak pudry (P. Nikolski, J. Schaeffer).

Lekarz-dermatolog codziennie styka się z bardzo rozpowszchnionym tłustym łupieżem głowy. Celem zwalczenia dokuczliwej dla chorych dolegliwości, lekarz widzi się zmuszonym do zapisywania sążnistych często recept na leki, usuwające łupież. Działo się to dlatego, że

w szybko rozbudowującym się krajowym przemyśle farmaceutycznym i kosmetycznym brakło dotychczas gotowego preparatu, który, na podstawie doświadczalno-naukowej sporządzony, z powodzeniem zwalczałby tłusty łupież głowy.

Dopiero ostatnio ukazał się na rynku krajowym preparat przeciwłupieżowy pod nazwą „Capillina", wytwarzany przez aptekę „Mazowiecką" w Warszawie, który stanowi prawdziwy postęp w lecznictwie przeciwłupieżowym. Jest to płyn o miłym zapachu, barwy żółtawo-pomarańczowej, klarowny, nie plamiący. Na budowę jego złożył się szereg składników, jak kwas salicylowy, cholesteryna, tinctura scillae, Capsicum annuum i inne. Wehikuł w preparacie stanowią liczne nalewki alkoholowe roślinne, szeroko zwykle przez dermatologję stosowane, jako środki przeciwłupieżowe. Włączenie cholesteryny wskazuje, że w budowie składu jakościowego preparatu uwzględniono pracę Eljaszewej o korzystnym wpływie, jaki wywiera wcieranie tego hydroaromatycznego alkoholu na szybszy porost włosów.

Płyn „Capillina" stosowałem w ciągu roku u 43 chorych na tłusty łupież głowy. Pomiędzy chorymi byli i tacy, którzy leczyli łupież przez szereg lat, a tem niemniej nie udawało im się osiągnąć całkowitego usunięcia tegoż nawet przy codziennem stosowaniu rozmaitych leków.

Było rzeczą niemożliwą, przy ambulatoryjnem leczeniu, związanem z codziennem wpoczątku zgłaszaniem się chorych do zabiegu, spostrzegać dokładnie wyniki działania płynu we wszystkich wymienionych przypadkach. Tam jednakże, gdzie chorzy zgłaszali się według polecenia lekarza, nie było ani jednego spostrzeżenia ujemnego; przeciwnie, u wszystkich tych skrupulatnie obserwowanych chorych działanie preparatu było ze wszechmiar korzystne.

Celem uniknięcia rozwlekłości, pragniemy tu wspomnieć tylko o kilku przypadkach cięższych.

J. H. l. 40, chorób wenerycznych nie przechodził. Od 10 lat cierpiał na tłusty łupież głowy, który leczył najrozmaitszymi środkami (spirytus salicylowy, nafta, maście dziegciowe, siarkowe, mydła, gotowe przetwory zagraniczne). Większej poprawy nie widział.

28. IX. 34, chory miał uwłosienie głowy obfite, włos gruby, twardy. Skóra zaczerwieniona, pokryta była całą masą tłustych, kremowych łuseczek, obficie pokrywających włosy. Wyczesanie gęstszym grzebieniem pozostawiało na nim warstwę łupieżu grubości palca (!). Zastosowaliśmy codzienne wcieranie płynu „Capillina". Już po 2 dniach wystąpiła widoczna poprawa. Skóra głowy przybladła; łupież w znikomej tylko ilości, w porównaniu ze stanem poprzednim. pozostawał na grzebieniu. Po 10 dniach stosowania preparatu głowa była czysta. Zaczęto stosować „Capillinę" co 2 dzień. Głowa nadal pozbawiona była łupieżu.

W. K. handlowiec, l. 34. Włosy na głowie przerzedzone, włos cienki, miękki, tłusty, skóra mocno zaróżowiona, pokryta jak i włosy, tłustemi łuseczkami łupieżu W czasie od 22. II. 35 do 10. III. 35 stosowano wcieranie „Capilliny“, przez 5 dni codziennie, następnie co drugi dzień. Już po 2 dniach — znaczna poprawa; skąpa ilość łupieżu pozostawała na grzebieniu. Po tygodniu głowa zupełnie była wolna od łupieżu.

C. K., lekarz, l. 39; chorób wenerycznych nie przebywał Włosy na głowie przerzedzone, pokryte obfitym. tłustym łupieżem. Leki krajowe i zagraniczne większej poprawy nie sprowadziły. Stosowano „Capillinę“ przez 1 tydzień codziennie, potem 3 razy tygodniowo. Już po 7 dniach tylko ślady pyłu pozostawały na grzebieniu; łupieżu nie było już zupełnie.

R. D., modystka, l. 26; obfite, długie, miękkie, tłuste włosy. Trichorhexis nodosa. Masy tłustego łupieżu Twarz lśniąca. Acne - comedo. Przeciwko łupieżowi zastosowano „Capillinę“. Od 14.12. do 21.12. 34. płyn wcierano codziennie. Już po 5 dniach łupież bardzo nieznaczny. Po 7 dniach tylko gdzieniegdzie na włosach drobne łuseczki łupieżu. Od 23.12. wcierano płyn co drugi dzień. Głowa nadal utrzymywała się w zupełnej czystości.

S. F., urzędniczka, l. 32. Włosy cienkie, miękkie, tłuste, przerzedzone. Mniejsze i większe tłuste łuski łupieżu pokrywają włosy. Trądzik pospolity i krostkowy (acne-comedo, acne-pustulosa) twarzy, w okolicy mostka, na grzbiecie. Leczyła łupież z przerwami, używała najrozmaitszych środków; efekt był żaden lub tylko częściowy.

Od 12.II. do 18.II. 35, wcierano codziennie „Capillinę“. Już po 5 zabiegach nieznaczne tylko ilości łupieżu pozostawały na grzebieniu.

Od 20.II. 35 płyn wcierano co drugi dzień. Włosy i głowa po 14 dniach stosowania preparatu były czyste zupełnie.

Jak widzimy z powyższego, skutek leczenia tłustego łupieżu głowy preparatem „Capillina“ był nad wyraz korzystny. Oczywiście, po oczyszczeniu głowy z łupieżu należy w każdym wypadku zalecać chorym dalsze stosowanie płynu „Capillina“ raz na 2—3 dni, co w zupełności, jak mogliśmy się o tem naocznie przekonać, wystarcza do zachowania skóry i włosów w stanie niewątpliwej czystości.

Technika używania „Capilliny“ jest bardzo prosta. Do jednorazowego użytku wystarcza 1 — 2 łyżeczek płynu. Do wcierania nadaje się najlepiej pędzel, którego twarde włosie nie sięga poza 6 milimetrów długości.

Pędzel taki zmacza się w Capillinie, i krótkiemi, mocnemi poruszeniami wciera się płyn w skórę głowy. Zresztą, przez wytwórnię wypuszczone zostały do sprzedaży pędzle z napisem „Capillina“, dobrze odpowiadające swemu celowi.

PIŚMIENNICTWO:

R. Bernhardt. Lecznictwo dermatologiczne
P. W. Nikolski. Lecznictwo ogólne chorób skórnych.
J. Schaeffer. Die Therapie der Haut u venerischen Krankheiten.
Sabouraud. Les maladies du cuir chevelu. v. V. Les syndromes alopeciques. Pelade et alopecie en aires

---

Dr. Med. N. SZYK. (Warszawa).

SYMPTOMATOLOGJA BÓLÓW I LEKI PRZECIWBÓLOWE.

Ból jest następstwem podrażnienia w zakresie układu czuciowego bólowego (ośrodki, przewodniki). Podczas gdy podrażnienie obwodowych nerwów czuciowych i korzonków wywołuje wybitny ból, sprawy chorobowe toczące się w substancji szarej rdzenia, w półkulach mózgowych zwykle nie powodują bólów; bóle mogą wystąpić tylko w tych przypadkach, gdy procesy chorobowe przenoszą się na opony i korzonki tylne. Jedynie uszkodzenie wzgórza wzrokowego. które jest narządem czucia i głównym ośrodkiem pośredniczym dróg czuciowych, wywołuje bardzo ciężkie bóle i parestezje.

W zależności od umiejscowienia i charakteru procesu chorobowego bólów rozróżniamy bóle: 1) miejscowe. 2) promieniujące, 3) odruchowe.

Ad 1) Bóle miejscowe są uwarunkowane przedewszystkiem uszkodzeniem obwodowych zakończeń (receptorów) i przewodników czucia bólowego; bóle te współistnieją z bolesnością uciskową nerwu i są właściwe nerwobólom; przy uszkodzeniu korzonków tylnych spostrzega się t. zw. bóle *korzonkowe* (strzelające, opasujące) w okolicy uszkodzonego korzonka (meningitis, tabes) Bóle umiejscowione w mięśniach noszą nazwę „myalgja“, w stawach — „artralgja“.

Ad 2) W licznych przypadkach bóle pod względem umiejscowienia nie odpowiadają miejscu procesu patologicznego; są to t. zw. bóle *promieniujące* czyli bóle rzutowane, polegające na właściwości nerwu do rzutowania czucia bólowego w okolicę unerwienia obwodowego. Przykładem takich bólów służyć mogą bóle, spostrzegane w kończynach amputowanych: podrażnienie nerwu w zakresie kikuta rzutuje się do tej okolicy kory, w której zwykle powstawały czucia, pochodzące z amputowanej kończyny, i w ten sposób powstają rzekome bóle, które chory odnosi do amputowanej części kończyny.

Ad 3) Bóle odruchowe spostrzega się w przebiegu schorzenia tego lub innego narządu wewnętrznego. W tym wypadku bóle ulegają rzutowaniu od chorego narządu na odpowiadający mu pod względem poziomu unerwienia odcinek skóry (t. zw. trzewiowo-czuciowy odruch Mackenzie). W klinice chorób wewnętrznych charakter tych bólów odruchowych posiada niekiedy duże znaczenie rozpoznawcze naprzykład bóle, promieniujące do łopatki i prawego ramienia przy kamicy żółciowej, wrzodzie dwunastnicy i nawet przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. Bóle, promieniujące do lewej ręki przy dławicy piersiowej; promieniowanie bólów do więzadła Poupart'a i jądra przy schorzeniach nerek. W tych przypadkach chodzi o szerzenie się bodźców z nerwów współczulnych na końcowe przewodniki czuciowe

Zaburzenia w czynności unerwienia narządów wewnętrznych również prowadzą do powstawania bólów w okolicy danego narządu z czasowem upośledzeniem jego czynności; są to t. zw. przełomy bólowe narządów wewnętrznych (żołądkowe, jelitowe, krtaniowe, pęcherzowe i inne).

Szczególne znaczenie posiadają *bóle głowy*. W szeregu schorzeń mózgu bóle głowy stanowią objaw przeważający. Bóle głowy z wzniesieniem ciepłoty, sztywnością karku, objawem Kernig'a świadczą o zapaleniu opon mózgowych. W połączeniu z tarczą zastoinową i odnośnemi objawami mózgowemi i miejscowemi bóle głowy są znamienne dla nowotworów mózgu. Jeżeli stwierdza się zmiany w moczu (ciałko, wałeczki) oraz retinitis albuminurica, należy ustalić rozpoznanie tła mocznicowego. W przebiegu kiły mózgu bóle głowy posiadają charakter bądź miejscowy, bądź rozlany, z częstemi zaostrzeniami o nocnej porze. Niekiedy bóle w tym przypadku są gwałtowne, przyczem współistnieją objawy ogólno-mózgowe oraz ogniskowe.

Zaburzenia w krążeniu mózgowem również wywołują bóle głowy; a więc w przebiegu miażdżycy tętnic mózgowych bóle, rozpoczynając się stopniowo, posiadają charakter rozlany i wahają się w swoim przebiegu zgodnie z stanem krążenia.

Przy czynnem przekrwieniu mózgu bóle, rozpoczynając się bardziej ostro, również mają charakter rozlany, przyczem towarzyszą im szum w uszach, zawroty głowy i przyśpieszone tętno. Przy biernem przekrwieniu bóle umiejscowiają się głównie w okolicy potylicy i czoła, nadto nasilają się w godzinach rannych, przyczem towarzyszą im objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego.

Bóle głowy spostrzega się w przebiegu niedokrwistości i błędnicy. Powstając stopniowo, bóle głowy są silniej odczuwane przy przemęczeniu w postaci tępego ucisku, przyczem towarzyszą im objawy znamienne dla niedokrwistości.

Przyczyną bólów głowy mogą być różne jady zewnątrz-pochodne (alkohol, nikotyna, ołów, arsen, tlenek węgla). Tak samo wchodzą tu w rachubę czynniki wewnątrz-pochodne (mocznica, cukrzyca, dna, przewlekłe zaparcia i t. d.).

Bóle głowy często towarzyszą ostrym i przewlekłym zakażeniom, przyczem w przebiegu niektórych zakażeń (zimnica, dur powrotny i plamisty) występują bóle o szczególenm natężeniu, zwłaszcza z umiejscowieniem w okolicy czoła, ostrym początkiem i stopniową poprawą.

Zupełnie odrębny zespół stanowią bóle w przebiegu migreny.

Odruchowe bóle głowy spotykane są przy nieprawidłowościach refrakcji oka. W tym wypadku bóle są tem silniejsze, im dłużej natęża się wzrok; w nocy przeważnie bóle zupełnie znikają.

Umiejscowienie czołowe posiadają bóle w przebiegu schorzenia zatoki czołowej, nosa, górnych siekaczy; przy schorzeniach górnych zębów trzonowych bóle umiejscawiają się w skroniach, zaś przy schorzeniach dolnych trzonowych — za uchem. W tem samem miejscu występują bóle w przebiegu cierpienia ucha zewnętrznego i wewnętrznego. W okolicy skroni, za uchem, a czasem w obrębie potylicy spostrzega się bóle przy schorzeniach gardzieli (anginy, zapalenie gruczołów).

Przy neurastenji bóle głowy wywołują uczucie „uciskającego kasku" (głównie w okolicy ciemienia), zaś przy histerji opisano t. zw. clavus histericus (ostry ból na ograniczonym odcinku w okolicy ciemienia), czasem w związku z przeczulicą uwłosionej części głowy. Jeśli chodzi o różnorodne bóle w przebiegu nerwic, należy wogóle zaznaczyć, że nie posiadają one ścisłego umiejscowienia i odznaczają się charakterem psychopochodnym.

Objawowe leczenie bólów polega na stosowaniu środków przeciwbólowych (analgetica — a przeczenie, algos — ból). Są to substancje, które działają wybiórczo na ośrodki mózgowe, odbierające czucia bólowe. Najbardziej swoiście pod tym względem działa morfina, która często bywa stosowana w połączeniu z innemi alkaloidami makowca (pantopon) oraz również w połączeniu z atropiną. Ostatnio są używane różne przetwory zastępcze morfiny (eukodal) Prócz morfiny i substancyj pokrewnych jej chemicznie istnieje obszerna grupa środków przeciwgorączkowych, które działają zarówno na ośrodki regulujące ciepło, jak i na ośrodki bólowe. We wszystkich grupach środków przeciwgorączkowych są środki przeciwbólowe:

1) W grupie kwasu salicylowego (zwłaszcza aspiryna).

2) Antypiryna (zwłaszcza pyramidon).

3) Chinina (do tej grupy jako pochodna chinolinowa należy atofan, który działa przeciwbólowo).

4) Pochodne aniliny i paramidofenolu (zwłaszcza fenacetyna).

Wymienione substancje bardzo często łączy się wzajemnie, dzięki czemu spostrzega się spotęgowanie (wzajemne wspomaganie) skutku leczniczego. To samo potęgowanie działania leczniczego występuje przy łączeniu z morfiną i środkami nasennemi (veramon — połączenie pyramidonu z weronalem). Znacznie mniej swoiste są przetwory konopi indyjskiej.

Przez grupę morfiny i leków przeciwgorączkowych właściwie środki przeciwbólowe są wyczerpane. Jednak dla obniżenia wrażliwości bólowej istnieje cały szereg również skutecznie działających środków farmakologicznych, które stanowią obszerną grupę antineuralgica (anti — przeciw, neuron — nerw, algos — ból). Prócz substancyj, działających na ośrodki bólowe w charakterze antineuralgica mogą być zużytkowane substancje, obniżające pobudliwość obwodowego układu nerwowego i śród nich t. zw. środki miejscowo znieczulające. Należą tu substancje, działające głównie dzięki własnościom ochładzania i niskiemu punktowi parowania. Nadto wchodzą tu w rachubę substancje grupy kokainy.

Przetwory mentolu i belladonny posiadają również właściwość obniżania wrażliwości zakończeń nerwowych Nadto podobne działanie posiadają: akonityna i weratryna. Te dwa alkaloidy posiadają rozległe zastosowanie praktyczne: weratrynę stosuje się miejscowo, zaś akonitynę doustnie. Stosując substancje ostatniej grupy, dążymy do osiągnięcia upośledzenia mniej lub więcej długotrwałego czynności nerwu. Cel ten jest wyraźnie zaznaczony w przypadkach zastosowania alkoholu (70^0 — 80^0) do wstrzykiwania do pni nerwowych (naprzykład n. trigeminus, zawierający wyłącznie włókna czuciowe), co powoduje zwyrodnienie nerwu.

Wobec tego, iż uczucie bólu jest często związane z upośledzeniem ukrwienia danego narządu, należy zaliczyć do antineuralgica również te substancje, które bezpośrednio lub pośrednio działają na czynność krążenia w narządzie. Najczęściej działanie uśmierzające bóle występuje przy stosowaniu środków, rozszerzających naczynia. Należą do nich środki przeciwgorączkowe, które są stosowane w połączeniu z kofeiną (lub z diuretyną) jako substancją również rozszerzającą obwodowo naczynia. Prócz wymienionych substancyj stosuje się również substancje, rozszerzające naczynia z grupy amylium nitrosum (przy dławicy piersiowej i t. d.).

Należy jeszcze wspomnieć o przeciwbólowem działaniu substancyj, usuwających stany kurczowe mięśni gładkich narządów wewnętrznych. Do tych substancpj, często zwanych spasmolitica należą atropina, adrenalina (są one dość często stosowane w postaci czopków, pałeczek i t. d.). Prócz tego należą tu perparyna i emetyna.

Obok powyżej wymienionych środków, bezpośrednio rozszerzających naczynia, często stosuje się obszerną grupę substancyj drażniących

skórę, wywołujących odruchowe rozszerzenie naczyń, bądź samej skóry, bądź tkanek głębszych okolicznych. Skutek przeciwbólowy może nastąpić niekiedy również przy zwężeniu naczyń, lecz ma to miejsce tylko w tym przypadku, jeżeli zwężenie naczyń osiąga się zadziałaniem zimna, ponieważ substancje naczyniozwężające (adrenalina) wyraźnego skutku pod tym względem nie osiągają. Prócz środków stosowanych naskórnie działanie zimna można uzyskać wstrzykując do pnia nerwowego oziębiony rozczyn fizjologiczny.

Substancje, rozszerzające naczynia, prócz kofeiny i amylium nitrosum, posiadają wartość jako środki przeciwzapalne, dzięki czemu są one bardzo cenne przy schorzeniach pochodzenia zapalnego. W tych przypodkach, gdy istnieje działanie drażniące skórę, powstaje przekrwienie, które pomyślnie wpływa na proces zapalny. Natomiast środki ściśle przeciwbólowe i znieczulające, hamując bóle, mogą osłabić siłę odczynu zapalnego.

Wreszcie należy wspomnieć o całym szeregu etiotropowo działających środków. Wchodzą tu w rachubę wspomniane środki przeciwgorączkowe: chinina przy zimnicy; substancje grupy kwasu salicylowego i po części antypiryna przy zakażeniach grypowych i gośćcowych, które stanowią schorzenia, przebiegające z nerwobólami. Należy tu również błękit metylowy działający etjotropowo przy zimnicy, lecz stosowany również przy nerwobólach o innej etjologji (mechanizm działania przeciwbólowego jest mało zbadany i przy wybitnych własnościach neurotropowych barwika można przypuszczać istnienie wpływu bądź na obwodowe bądź na ośrodkowe składniki czuciowe); następnie przetwory rtęci, arszeniku, jodu skutecznie działają przy nerwobólach pochodzenia kiłowego.

Śród antineuralgica znajdują się substancje, specjalnie stosowane przy nerwobólach pochodzenia dnawego atophan, libophan i kolchicyna (sposób działania tej ostatniej nie jest znany).

Oddzielnej wzmianki wymaga leczenie nerwobólów przy niedokrwistości i upośledzeniu odżywiania. Tutaj obok środków ogólnie wzmacniających (żelazo, arszenik, glicerofosfaty) stosuje się często nie tyle środki przeciwbólowe, lecz przetwory bromu i walerjany.

Wreszcie przy nerwobólach o charakterze zapalnym stosuje się proteinoterapję, przyczem wskazaną jest wakcyneuryna, która stanowi mieszaninę autolizatów bac. prodigiosus i staphylococcus. Będąc jednym z licznych przetworów, stosowanych przy leczeniu nieswoistem, wakcyneuryna nie może być uważana za środek swoisty w leczeniu nerwobólów.

E. HAUSNER. *Przyczynek w sprawie leczenia nerwowych zaburzeń serca.* (Therapie der Gegenwart Nr. 5, maj 1935 r.).

Ścisłe rozgraniczenie zaburzeń organicznych i zaburzeń nerwowych serca jest trudne. Czasem objaw nerwowy przeważa w obrazie chorobowym, tymczasem objaw ten jest wyrazem organicznego schorzenia serca. Rozpoznanie różniczkowe w tych przypadkach jest ważne, gdyż rozstrzyga ono o postępowaniu i rokowaniu.

Duży zespół zaburzeń sercowych, uwarunkowanych czynnikami psychicznemi często nie wymaga leczenia farmakologicznego. W danym wypadku przedewszystkiem konieczne jest należyte uświadomienie chorego, iż cierpienie jego nie jest pochodzenia organicznego,lecz stanowi wynik dolegliwości natury nerwowej. Rodzaj terapji sugestywnej winien być dostosowany do osobliwości danego przypadku. Według Wenckebacha są to „chorzy sercowi, którzy nie są nimi".

Prócz zaburzeń sercowych, uwarunkowanych psychicznie, należy wymienić zaburzenia czynności serca, które spowodowane są przez podrażnienie nerwów pozasercowych bądź hamujących, bądź pobudzających czynność serca.

Nerwowa regulacja serca jest tak dalece czuła, iż każda podnieta psychiczna lub fizyczna wywołać może odczyn ze strony serca, który ujawnia się w postaci zaburzeń nerwowych serca. W ten sposób powstają przeważnie zaburzenia rytmu serca.

Przedewszystkiem należy tu wymienić różne postacie częstoskurczu, których punkt wyjścia stanowią węzły zatokowe. Jednak w tych razach konieczne jest wyłączenie organicznego cierpienia serca, naprzykład powolnie rozwijającego się zapalenia wsierdzia. Tak samo inne schorzenia organiczne mogą drogą toksyczną spowodować częstoskurcz zatokowy (naprzykład w przebiegu gruźlicy). Istnieje cały szereg postaci przejściowych od lżejszych postaci częstoskurczu do częstoskurczu napadowego, który odznacza się ciężkim a uporczywym przebiegiem.

Na szczególną uwagę zasługują te postacie częstoskurczu, które występują w okresie dojrzewania (Pubertätstachykardien). Są to zaburzenia w następstwie pobudzenia układu współczulnego, przyczem często przy tem stwierdza się objawy nadczynności tarczycy. Zazwyczaj wymienione dolegliwości nie zakłócają w większym stopniu prawidłowej czynności serca. Jednak niekiedy w przebiegu nadczynności tarczycy dolegliwości sercowe osiągają znaczne natężenie, co wymaga leczenia cierpienia podstawowego. Należy podkreślić, iż częstoskurcz na tle nadczynności tarczycy może przeistoczyć się w inną postać zaburzeń rytmu sercowego (migotanie) i prowadzić do zjawisk niedomogi krążenia.

Częstoskurcz zatokowy przeważnie nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu i jest oporny na działanie naparstnicy. Odporność na naparstnicę i leczenie farmakologiczne można w danym wypadku wytłumaczyć wzmożeniem napięcia układu współczulnego i zmniejszoną pobudliwością nerwu błędnego. Można natomiast stosować różne środki uspokajające jak brom, walerjana ewentualnie małe dawki chinini hydrobromici, która obniża pobudliwość nerwów i tkanek.

W licznych przypadkach zaburzenia rytmu sercowego są spowodowane przez *skurcze* dodatkowe. Nie zawsze można rozstrzygnąć, czy powstawanie skurczów dodatkowych jest natury czynnościowej czy też jest ono uwarunkowane zmianami odnośnych grup komórkowych. Skurcze dodatkowe mogą powstawać w warunkach doświadczalnych po pobudzeniu nerwowem w zakresie łuku tętnicy głównej i zatoki tętnicy szyjnej. Obniżenie ciśnienia w obrębie zatoki tętnicy szyjnej (sinus caroticus) wywołuje skurcze dodatkowe, które ustępują po przywróceniu ciśnienia normalnego.

Znane są skurcze dodatkowe w przebiegu zakończenia naprzykład grypy. Jeżeli występują skupione skurcze dodatkowe, wówczas należy przypuszczać istnienie organicznego schorzenia mięśnia sercowego. Skurcze dodatkowe u chorych z miażdżycą tętnic wieńcowych świadczą o organicznem schorzeniu naczyniowem o ciężkim przebiegu.

W większości przypadków jednak skurcze dodatkowe wystąpić mogą przy zdrowem sercu. W tym wypadku konieczne jest należyte uświadomienie chorego, iż cierpienie jego jest wyłącznie natury nerwowej. Nie należy jednak zaniedbywać leczenia farmakologicznego. Według Wenckebacha bardzo pomyślne wyniki można osiągnąć, stosując w tych razach małe dawki chininy i strychninę. Korzystnie działają również małe dawki atropiny lub extr. belladonnae.

Doniosłe znaczenie posiada badanie elektrokardiograficzne. W przypadkach skurczów dodatkowych na tle organicznem krzywa elektrokardiograficzna wykazuje różne postacie, co zależy od tego, iż pochodzenie skurczów dodatkowych zależy od różnych miejsc w zakresie mięśnia sercowego (polytoper Ursprung). Natomiast skurcze dodatkowe o cha-

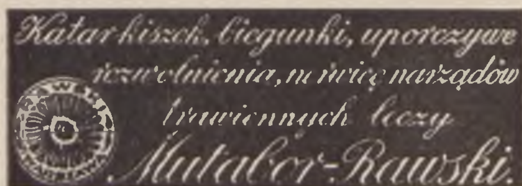
rakterze czynnościowym dają krzywą o postaciach mniej więcej jednakowych. Jeżeli się stwierdza zmienność obrazu elektrokardiograficznego skurczów dodatkowych, wówczas należy przyjąć pochodzenie organiczne zaburzeń serca. Skurcze dodatkowe, wywołane przez naparstnicę są również politopiczne czyli są wywołane zmianami w różnych punktach mięśnia sercowego. Według odstępu czasu, który upłynął między rozpoczęciem leczenia naparstnicą a wystąpieniem skurczów dodatkowych, można wnioskować o stopniu ciężkości schorzenia serca. Zjawienie się skurczów dodatkowych w przebiegu leczenia naparstnicą stanowi sygnał ostrzegawczy przed dalszem stosowaniem tego leku. Nieoględne dalsze podawanie naparstnicy może wywołać skurcze dodatkowe skupione, które doprowadzić mogą do migotania komór.

Śród zaburzeń rytmu sercowego największe znaczenie praktyczne posiadają częstoskurcz napadowy i migotanie przedsionków. W dużej liczbie przypadków nie stwierdza się schorzenia organicznego serca w przebiegu częstoskurczu napadowego. Leczenie w tym wypadku zależy od częstości wystąpienia i trwania napadów. Bardzo skutecznie działa ucisk na zatokę tętnicy szyjnej, szczególnie na początku napadu. Również korzystnie wpływają różne zabiegi,które wywołują pobudzenie do wymiotów. Wymienione sposoby są wskazane przy krótkotrwałych napadach częstoskurczu napadowego, które występują w dłuższych odstępach czasu. W tych razach, gdy napad trwa 2 — 3 dni, wówczas wystąpić mogą objawy niedomogi krążenia. Dawniej w tych razach stosowano dożylnie chininę. Zdaniem autora najskuteczniej działa w przypadkach niedomogi krążenia w następstwie częstoskurczu napadowego dożylne wstrzykiwania strofantyny. Przy nieco lżejszym przebiegu wskazane są duże dawki naparstnicy, stosowane doustnie. Jeżeli naparstnica nie usuwa całkowicie napadów częstoskurczu napadowego, to jednak zawsze osiągnąć można częściową poprawę, gdyż bodźce przedsionkowe spowodu utrudnionego przewodnictwa nie przechodzą do komór i w ten sposób liczba skurczów komór ulega obniżeniu.

W innych przypadkach częstoskurczu napadowego można stosować domięśniowo chininę w dawce $^1/_2$ gr. Jeżeli pierwsze wstrzykiwanie chininy nie odniosło skutku, wówczas po kilku godzinach można wstrzykiwanie powtórzyć. Podawanie dożylne chininy jest przeciwwskazane.

W okresach międzynapadowych można stosować zapobiegawczo 0,1 chinidini kilka razy dziennie. Natomiast podczas napadu przy stosowaniu doustnem chininy rozpocząć należy od małych dawek, zaś w razie dobrej tolerancji mozna dojść do dawki dziennej 2 — 2½ g.

Migotanie komór jest w większości przypadków zależne od zmian organicznych serca, to samo dotyczy również różnych odmian częstoskurczu komorowego oraz zaburzeń przewodnictwa. Rozstrzygającym czynnikiem w leczeniu nerwowych zaburzeń serca winno być odzyskanie rów-



nowagi psychicznej przez chorego oraz sugestywny wpływ lekarza, który uwalnia chorego od lęku prezd organicznem schorzeniem serca.

N. S.

——:o:——

HOFFMEISTER. *Leczenie przerostu stercza.* (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 10 maj 1935 r.).

Etjologja przerostu stercza nie jest dostatecznie wyjaśniona. Wchodzą tu w rachubę zaburzenia dokrewne, zmiany miażdżycowe, przewlekłe zapalenia o charakterze swoistym i nieswoistym. Prawdopodobnie współdziałają różne czynniki. Okoliczność tę należy uwzględnić w leczeniu, dlategoteż leczenie nie powinno być jednostronne. W każdym razie jest rzeczą pewną, iż ciężko strawne pożywienie, siedzące zajęcie, jazda konna, przeziębienie (zmoczenie nóg), wykroczenia w życiu erotycznym i alkoholizm mogą wyzwolić przerost stercza lub sprawę tę pogorszyć. Przerost stercza występuje przeważnie u osobników w wieku powyżej lat 50. Główne niebezpieczeństwo przerostu stercza polega na utrudnieniu w odpływie moczu. Stosowanie cewników i cystoskopja są połączone dla chorego z dużem niebezpieczeństwem.

W przebiegu cierpienia należy odróżnić 3 okresy:

1) Pierwszemi oznakami tego okresu są nocne moczenie i zmniejszenie się strumienia moczu. Ilość dobowa moczu zwiększa się. Coraz bardziej ujawnia się parcie na mocz. W przeciwieństwie do zwężenia cewki, w przebiegu przerostu stercza, silniejsze parcie przy oddawaniu moczu powoduje zmniejszenie się strumienia moczu. Wreszcie pęcherz nie może być dostatecznie opróżniony, występują silne bóle w obrębie pęcherza, które sprowadzają chorego do lekarza.

W tych razach konieczne jest cewnikowanie pęcherza. Najstosowniejszy jest cewnik Thiemanna Nr. 14 — Nr. 17. Jeżeli cewnik miękki nie przechodzi, wówczas należy zastosować cewnik metalowy. Niekiedy nawet cewnik metalowy nie może przejść przez cewkę, wówczas wskaza-

ne jest nakłucie pęcherza. Podczas cewnikowania chory winien być w ten sposób ułożony, aby jego miednica mieściła się na twardym wałku, dzięki czemu osiągnąć można lepszą drożność cewki.

Często chorych dzięki cewnikowaniu można utrzymać w znośnym stanie przez szereg lat i miesięcy.

2) Wkrótce po okresie pierwszym rozwija się okres drugi cierpienia, który charakteryzuje się zaleganiem znacznych ilości moczu w pęcherzu. W okresie tym zachodzi niebezpieczeństwo wtórnego zakażenia moczu. Wskutek ciągłego zalegania moczu pęcherz ulega rozciągnięciu. Ujścia moczowodów rozszerzają się i stają się niedomykalne. Zaleganie moczu przenosi się na moczowód, miedniczki nerkowe i nerki.

3) W okresie tym przyłącza się zakażenie, które ujawnia się dreszczami i gorączką. Upośledzony apetyt, uczucie pragnienia, suchy obłożony język i odbijania są to oznaki występującej mocznicy. Przebieg mocznicy w następstwie schorzenia chirurgicznego jest inny niż przy zapaleniu nerek. Podczas, gdy przy mocznicy w następstwie zapalenia nerek występują niepokój i drgawki, w przypadkach przerostu stercza chory zachowuje się spokojnie.

W każdym okresie cierpienia konieczne jest zwalczanie zalegania moczu zapomocą cewnikowania lub operacji. W okresie pierwszym wystarczy cewnikowanie 2 razy tygodniowo. Nadto chory winien unikać szkodliwych czynników, które potęgują chorobę, Z tego względu należy wystrzegać się alkoholu, ostrych przypraw i przeziębienia.

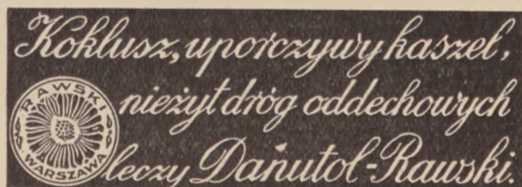
Jeżeli sprawa postępuje wówczas wskazane jest leczenie operacyjne.

Operacja jest bezwzględnie wskazana, jeżeli ilość zalegającego moczu przekracza 100cm^3. Rozstrzygnięcie jest trudne wówczas, gdy stan ogólny (czynność nerek, zapalenie pęcherza) nie pozwala na przeprowadzenie operacji. Określenie reszty azotowej i próba zagęszczenia moczu dają możność oceny wydolności nerek Przygotowanie chorego zapomocą stosowania stałego cewnika i zakładanie przetoki pęcherzowej w licznych przypadkach powodują znaczną poprawę stanu nerek, co umożliwia podjęcie zabiegu wycięcia stercza (Prostatektomie).

Dzięki postępom elektrokoagulacji opracowano nową metodę przywrócenia drożności cewki zapomocą operacyjnego cystoskopu. Pod kontrolą oka, drogą cięcia lub przyżegania wytwarza się odpowiedni rowek, który powoduje drożność cewki. Powyższą metodę należy stosować przez dłuższy czas w tych przypadkach, gdy operacja jest przeciwskazana ze względu na stan ogólny chorego.

Metoda elektrokoagulacji wymaga dużego doświadczenia.

Pomyślne wyniki można uzyskać tylko po należytem leczeniu wstępnem. Jeżeli utrzymuje się stan zapalny stercza, należy przedtem usunąć



objawy zapalenia, poczem można przystąpić do stosowania wymienionej metody.

W klinice chirurgicznej w Monachjum powyższą metodę stosowano w 120 przypadkach, przyczem u większości chorych uzyskano tak znaczną poprawę, iż cewnikowanie było później zbędne.

N. S.

——:o:——

Dr. Th. SCHERZ. *Pooperacyjne uśmierzanie bólów czopkami z cibalginą.* (Postoperative Schmerzlinderung mit Cibalgin-Zäpfchen). Zentralblatt für Gynäkologie, Rocznik 59 Nr. 7 z 16 lutego 1935 str. 375.

Od wielu tygodni po operacjach ginekologicznych, a także w licznych przypadkach cięcia cesarskiego, począwszy od drugiego dnia stosowano na oddziale czopki z cibalginą zamiast dotychczas używanych preparatów morfinowych. U mniej wrażliwych pacjentek po lżejszych zabiegach stosowano wieczorem 2 czopki w przeciągu godziny z takim rezultatem, że dolegliwości znacznie zmniejszały się i pacjentki zasypiały na kilka godzin. Osoby wrażliwsze, u których 2 czopki nie wystarczały do zupełnego usunięcia bólów, otrzymywały ponadto pierwszego dnia na noc 0,2 — 0,5 $cm.^3$ morfiny.

Począwszy od drugiego dnia prawie we wszystkich przypadkach można było zrezygnować z podawania morfiny. W lżejszych i średniociężkich wypadkach stosowane dziennie 2 ewent. 3 czopki, po ciężkich zabiegach przed i po południu po 2 czopki w ciągu godziny. W ciągu następnych dni, zależnie od stanu, chore otrzymywały mniejsze ilości. Przy takiem postępowaniu w każdym niemal wypadku otrzymywano bez morfiny zupełnie wystarczające działanie przeciwbólowe.

W żadnym wypadku nie stwierdzono ubocznych działań w postaci bólów głowy, nudności lub skłonności do wymiotów. Pozatem cibalgina nie wzmagała niedowładu jelit w przeciwieństwie do morfiny, która go potęgowała, niekiedy w stopniu groźnym.

W licznych przypadkach zachowawczo leczonych zapaleń przydatków otrzymywano również zadowalający rezultat. Nawet po dłuższem

używaniu środek ten nic nie tracił na swej skuteczności, będąc doskonale znoszonym i nie dając ubocznych niepożądanych objawów w rodzaju zaparć stolca lub nawyknienia.

Pozatem czopki z cibalginą znalazły zastosowanie przy zwalczaniu bólów miesiączkowych oraz w kilku przypadkach ostrego nieżytu pęcherza i miedniczek nerkowych.

Każdy czopek zawiera 0,5 cibalginy.

Dr. med. Władysław Kurowski.

——:o:——

N. JAGIĆ. *Serce i krążenie w nadciśnieniu.* (W. kl. Wschrift Nr. 11, 1935.).

Ustalone, trwałe nadciśnienie może uledz wzrostowi wskutek kurczowego stanu naczyń obwodowych zwłaszcza w zakresie układu trzewiowego.

Klinicznie sprawa ta przejawia się dolegliwościami bólowemi ze strony serca i tętnicy głównej, objawami mózgowymi i bólami wzdłuż przebiegu naczyń obwodowych. Wskutek zwiększonego oporu w układzie tętniczym dochodzi do przerostu lewego serca. Rozpoznanie opiera się na rozlanem, podnoszącem uderzeniu koniuszkowem serca. Badanie rentgenologiczne wykazuje serce o ukształtowaniu aortalnem oraz często rozszerzenie tętnicy głównej. Również często napotyka się miernie powiększoną i twardą wątrobę, (stwardnienie zastoinowe wątroby).

Leczenie ma na celu w pierwszym rzędzie oszczędzanie układu krążenia i zapobieganie kurczom naczyniowym. Osobnicy z nadciśnieniem powinni unikać wzruszeń psychicznych, wysiłków fizycznych oraz przyjmowania nadmiernych ilości płynów i pokarmów.

Z leków stosuje się przetwory teobrominy, azotyny, kamforę, wapień i atropinę. Autor nakazuje ostrożność przy stosowaniu jodu ze względu na możliwości wystąpienia nadczynności tarczycy (chudnienie, kołatania serca, częstoskurcz).

Bardzo ważne jest stosowanie leków uspakajających np. luminalu, bromu a zwłaszcza wodanu chloralu (chloralhydrat 0,25, mixt. gumm. 100,0: całość wypić przed udaniem się na spoczynek). Przytoczony roztwór można również popijać łyżeczkami wciągu dnia.

Dolegliwości bólowe wzdłuż naczyń obwodowych łagodzą przegrzewanie diatermją. Autor poleca krwioupusty 300 — 400 cm^3 cztery razy wciągu roku, które poza odciążeniem krwiobiegu mają również znaczenie odtruwające.

Dieta powinna być przeważnie jarzynowa z obfitą ilością cukru. Autor poleca co 10 — 14 dni dzień owocowy.

Pierwszorzędne znaczenie ma opanowanie pierwszych objawów niedomogowych, (spadek ciśnienia, wątroba zastoinowa, nieżyt zastoinowy oskrzeli, obrzęki). Poza całkowitym spokojem cielesnym zaleca się leki nasercowe, np. małe dawki naparstnicy (0,1 pro die). W ciężkich przypadkach wchodzi w rachubę wstrzykiwanie cukru gronowego z dodatkiem 0,25 mg. strofantyny i 1 ampułki kardiazolu lub koraminy.

Dr. Kiciński.

——:o:——

N. JAGIĆ. *O zapobiegawczem leczeniu naparstnicą.* (W. kl. Wschrift Nr. 11, 1935.).

Sprawa zapobiegawczego stosowania naparstnicy stanowi temat ostatnich doświadczeń farmakologicznych i klinicznych. Z badań tych wynika, że stosowanie naparstnicy przy wydolnem sercu znajduje jednak uzasadnienie.

Podawanie naparstnicy u osobników zdrowych sercowo przed zabiegami operacyjnymi zmniejszyło odsetek zapaleń płuc z 27% na 8% (II kl. chirurgiczna w Wiedniu). Autor stosuje zapobiegawczo naparstnicę w ostrych chorobach zakaźnych zwłaszcza w zapaleniu płuc, przyczem odnosi wrażenie, że tego rodzaju postępowanie uodparnia serce na czynniki szkodliwe.

Również w wyrównanych wadach zastawkowych autor jest zwolennikiem zapobiegawczego stosowania naparstnicy. Postępowanie to pozwala odwlec na dłuższy czas wystąpienie niedomogi krążenia. Autor podaje naparstnicę dwa razy w miesiącu w sposób następujący: 1, 2 i 3 oraz 15 i 16 dnia każdego miesiąca po 0,2 naparstnicy lub równoważnych jej przetworów, dziennie.

Dr. Kiciński.

——:o:——

DR. WIMLINGER F. *Stosowanie dużych dawek koraminy przy grożących uduszeniach.* (Die Anwendung hoher Coramindosen bei drohender Erstickung). Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 2, 1935.

Autor podaje przypadek ciężkiego i długotrwałego porażenia ośrodka oddechowego naskutek utonięcia. Zastosowana strofantyna i lobelina nie dały żadnego wyniku, koramina podana w dużych dawkach najpierw 5 cm.^{3} dożylnie po 10 minutach 10 cm.^{3} dożylnie po 2 — 3 godz. 10 cm.^{3} domięśniowo uratowały choremu życie. Drugi przypadek dotyczy samobójcy otrutego 4 cm.^{3} 3% morfiny, 5 cm.^{3} opjum w zastrzykach i 3 gr. veronalu. Strofantyna i lobelina nie odniosły skutku. Zastosowana koramina w dużych dawkach (— 45 cm^3), podana w ciągu 24 go-

dzin i to przeważnie dożylnie — uratowała również choremu życie. Koramina jest środkiem wybitnie działającym na środek oddechowy, na napięcie ścian naczyniowych i skutecznym środkiem w otruciu związkami barbiturowemi, opjum i tlenkiem węgla.

Dr. med. F. Mikulska.

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH.

Komitet informacyjny Nr. 185/C, Z. L. Insp.

(czerwiec 1935 r.).

Tragiczne wypadki zatrucia tlenkami azotu.

Do najbardziej niebezpiecznych gazów przemysłowych należą tlenki azotu. Są to gazy barwy czerwono-brunatnej, które najczęściej tworzą się przy użyciu kwasu azotowego. Jest rzeczą charakterystyczną, że ciężkie zatrucia tlenkami azotu zachodzą zwykle w małych warsztatach pracy, gdzie pracownicy nie zdają sobie należycie sprawy z niebezpieczeństwa, jakie w sobie kryją te niewinne napozór brunatne pary. W dużych fabrykach, dzięki środkom ochronnym, niema już dziś zatruć tlenkami azotu.

Niebezpieczeństwo zatrucia tlenkami azotu isnieje wszędzie tam, gdzie używa się kwasu azotowego lub wody królewskiej. A więc przy czyszczeniu metali w zakładach ślusarskich, przy bejcowaniu włosów w przemyśle kapeluszniczym, przy bieleniu surowego jedwabiu, czyszczeniu bawełny, w laboratorjach chemicznych i t. d. Unoszące się tlenki azotu działają silnie na drogi oddechowe — ale nie bezpośrednio, lecz dopiero po kilku godzinach. Człowiek, który zatruł się tlenkami azotu, czuje się zwykle przez cały dzień dobrze, a dopiero w nocy dostaje nagle duszności, skóra przybiera sine zabarwienie i rozwija się szybko postępujący obrzęk płuc, który prowadzi do nagłego zejścia. Pomoc lekarska zwykle jest już spóźniona.

Jak zdradliwe bywa zatrucie tlenkami azotu, dowodzi tego następujący wypadek. W jednem z laboratorjów wylało się wskutek pęknięcia flaszki 1½ litra kwasu azotowego. Dwu laborantów rozcieńczyło kwas wodą i myło podłogę. Przez cały dzień czuli się dobrze. Pod wie-

czór dostali duszności i w ciągu najbliższych godzin jeden zakończył życie, drugiego zdołano uratować. Oto jak małe nawet ilości tlenków azotu mogą być niebezpieczne.

Przy wszystkich czynnościach z kwasem azotowym należy zachować jaknajdalej idącą ostrożność, ażeby nie wdychiwać wydobywających się par. Najlepiej wykonywać jest wszystkie operacje pod digestorjum z dobrym wyciągiem. Jeśli kwas się wyleje — natychmiast opuścić pokój i ostrożnie rozcieńczyć kwas, pokój zaś przewietrzyć.

W wypadku zatrucia należy zachować bezwzględny spokój, zrobić inhalacje z pary wodnej i natychmiast przewieść zatrutego do szpitala, przed wystąpieniem groźnych objawów.

Komunikat informacyjny Nr. 193/C, Z. L. Insp.

(lipiec 1935 r.).

Rozwój medyczny pracy w Ameryce.

W Stanach Zjednoczonych, których nowy kierunek w zakresie stosunków pracy, budzi żywe zainteresowanie w całym świecie, powstała nowa organizacja lekarzy pod nazwą Towarzystwo Medycyny Pracy. Liczy ona ponad 1000 członków. Są to lekarze, poświęcający się od szeregu lat studjom nad chorobami zawodowemi i wypadkami przy pracy, oraz lekarze fabryczni, zajmujący się praktyczną higjeną pracy.

Prezesem Towarzystwa jest dr. Willis W. Lasher, profesor higjeny pracy na wydziale lekarskim uniwersytetu w Kolumbji.

Przed kilku tygodniami odbył się jak donoszą „Informations Sociales“, pierwszy kongres tej nowej organizacji. Wzięło w nim udział ponad 500 lekarzy ze wszystkich Stanów. W całym szeregu referatów zobrazowane zostały stosunki zdrowotne w różnych gałęziach przemysłu amerykańskiego, oraz omówiono zagadnienia naukowe z zakresu medycyny pracy. Kongres wyraził przekonanie, że dla rozwoju akcji, mającej na celu obniżenie liczby wypadków przy pracy i chorób zawodowych, niezbędny jest ścisły kontakt medycyny z przemysłem, realizowany przez współudział lekarzy-higjenistów pracy w organizowaniu służby bezpieczeństwa i higjeny pracy w warsztatach przemysłowych.

Należy dodać, że przemysł amerykański prowadzi już od szeregu lat na szeroką skalę zakrojoną walkę z chorobami zawodowemi i wypadkami przy pracy. Inicjatywa ta powstała bez żadnego nacisku ze strony państwa, pod wpływem przekonania, że utrzymanie pracownika na najwyższym poziomie sił i zdrowia leży w interesie produkcji, każdy bowiem wypadek przy pracy lub choroba zawodowa naraża pracodawcę na poważne straty materjalne.

TREŚĆ:



REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.

Druk. „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7, tel. 5.04-91.